

Chef de Département
Prof. Patrice Guex

PGE

Service de psychiatrie
générale

Chef de Service
Prof. Patrice Guex
Médecin chef
Prof. Pierre Bovet

Lausanne, le 12 octobre 2009

Mesures de contention dans les hôpitaux psychiatriques du Canton de Vaud

Rapport adressé à M. le Secrétaire général du DSAS, à la
demande de M. le Conseiller d'Etat P.-Y. Maillard

Ce rapport a été élaboré par un groupe de travail du Département de Psychiatrie-CHUV composé de :

Le Prof. Jacques Besson, chef du Service de psychiatrie communautaire
Le Prof. Pierre Bovet (président), adjoint au chef du Service de psychiatrie générale
Le Dr Christian Bryois, chef du Secteur psychiatrique Ouest
Le Dr Serge Didisheim, médecin adjoint au Secteur psychiatrique Nord
M. Jean-Marc Faust, infirmier chef au Service de psychiatrie générale
Le Dr Michel Gaillard, médecin chef au Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé
Le Dr Laurent Holzer, médecin adjoint au Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
M. Jean-Michel Kaision, directeur des soins du DP-CHUV
La Dresse Ana Carila, médecin responsable de l'hôpital à la Fondation de Nant

Il a été discuté et approuvé par des représentants de divers lieux de soins concernés par les mesures de contention, lors d'une séance tenue à l'hôpital de Cery le 31 mai 2010, présidée par M. le Conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard, chef du DSAS.

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie, Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99 courriel : pierre.bovet@chuv.ch

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	2
2. LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE.....	4
3. LA PRATIQUE DANS LES HOPITAUX DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE VAUDOISE	
a. La pratique en psychiatrie de l'adulte.....	7
b. Le cas particulier de la psychiatrie de l'âge avancé.....	9
c. Le cas particulier des adolescents.....	15
d. Les handicapés mentaux hospitalisés en psychiatrie.....	19
e. Protocoles et directives sur la contention en vigueur au DP-CHUV et à la Fondation de Nant.....	19
f. Données chiffrées.....	20
4. LE MYTHE DE L'HYPOSTIMULATION.....	23
5. LES DIRECTIVES GENEVOISES.....	25
6. DES PISTES POUR AMELIORER LA SITUATION.....	28
7. CONCLUSIONS.....	29
BIBLIOGRAPHIE.....	29

1. INTRODUCTION

Dans le Canton de Vaud, l'usage de moyens de contention dans la prise en charge des patients psychiatriques a fait l'objet de débats politiques importants il y a un peu plus de 10 ans, lors de la révision de la Loi sur la Santé Publique. Les pratiques des hôpitaux psychiatriques s'en sont trouvées profondément modifiées, et une réflexion permanente s'est engagée parmi les professionnels pour restreindre d'une part, codifier d'autre part, l'usage de la contention. C'est ainsi que les divisions fermées ont été abolies dans les hôpitaux (bien qu'elles restent temporairement « fermables » en cas de nécessité), la contention par attaches et ceintures est devenue très exceptionnelle, et des protocoles précis ont été élaborés pour encadrer l'application de ces mesures (qui prend la décision, pour quelles indications médicales, pour quelle durée, quelles mesures de surveillance, quelle documentation, quel contrôle externe). Un effort tout particulier a été fait pour dialoguer avec les patients (et le cas échéant leurs proches) touchés par les mesures de contention : dans la mesure du possible, établissement d'un accord de soins avant l'application des mesures ; discussion après l'application de celles-ci ; encouragement des patients à élaborer des directives anticipées. L'élargissement du Département de psychiatrie aux Secteurs Nord et Ouest, en 2008, a fait prendre une dimension cantonale à ces réflexions. Dans le cadre de l'opération Triptyque (qui vise à harmoniser les ressources et les pratiques entre les trois secteurs formant le DP-CHUV), un groupe de travail est spécifiquement dédié aux chambres de soins intensifs (CSI).

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

Ces mesures n'ont cependant pas empêché qu'un certain nombre de situations très problématiques ne surgissent, dans différents hôpitaux ou institutions spécialisées, motivant la commande de ce rapport.

Les mesures de contention, par définition, représentent une atteinte à la liberté individuelle des patients. Le débat à leur propos n'est donc pas l'affaire des seuls professionnels de la santé mentale : il doit être alimenté par des juristes, des éthiciens, des responsables de la politique sanitaire, des associations d'usagers ou de proches. Ce débat est soumis aux variations dans la sensibilité générale de la population face aux questions touchant à la pathologie mentale et à la violence. On ne peut s'empêcher de relever, à ce propos, une grande ambivalence dans cette sensibilité : d'une part, on souhaite idéalement que les troubles psychiatriques n'entravent en rien les droits fondamentaux des patients qui en souffrent ; d'autre part, certaines autorités, certains organes de justice, certains médias, et certains proches de patients font à l'occasion pression sur les institutions psychiatriques pour qu'elles appliquent des mesures de contention que ces institutions jugent disproportionnées d'un point de vue médical. Cette ambivalence, comme le relève Harding [2000], se reflète dans un arsenal juridique largement insuffisant, notamment au niveau des conventions internationales.

Dans un espace politique et démographique restreint comme l'est le Canton de Vaud, il devrait être possible de trouver des solutions satisfaisantes (et toujours susceptibles d'être améliorées) par un dialogue entre autorités politiques et judiciaires, associations d'usagers et de proches, et professionnels de la santé mentale. La démarche entreprise par le DSAS et le présent rapport sont des contributions à ce dialogue.

Il y a à l'évidence plusieurs degrés dans les mesures de contention : l'admission en hôpital psychiatrique contre le gré du patient est une contrainte, régie en Suisse par le Code Civil (CC, art. 397) et dans le Canton de Vaud par la Loi sur la Santé Publique (LSP, art. 56-70) ; ces lois ne font actuellement pas l'objet d'un débat aigu, mais leur application, notamment l'usage des mesures de privation de liberté à des fins d'assistance par la Justice de Paix, fait l'objet depuis plusieurs mois de discussions entre cette instance, le DSAS et le DP-CHUV ; ce rapport n'abordera pas cette question, d'autant moins que le Code Civil révisé, qui entrera en vigueur prochainement, introduit des articles détaillés sur cet objet (art. 426-439), qui nécessiteront probablement des adaptations des lois cantonales. Des mesures « légères », telles que la restriction du périmètre dans lequel un patient est autorisé à se déplacer (limité p.ex. à la division, ou au site de l'hôpital), la fixation de durées limitées de promenade, ou la limitation de l'usage du téléphone sont dans tous les cas discutées avec le patient avant leur application, et font l'objet d'un contrat de soins qui est revu fréquemment ; elles ne suscitent pas un débat aigu, et ne seront pas non plus

discutées dans ce rapport. Des mesures spécifiques doivent parfois être prises avec les patients gravement désorientés, ou souffrant de certaines pathologies somatiques associées, notamment en psychiatrie de l'âge avancé : ces mesures feront l'objet d'un paragraphe particulier de ce rapport. Seront discutées plus en détail les mesures « lourdes » : placement en chambre de soins intensifs (en anglais : seclusion) ; entraves mécaniques au moyen d'attaches et de ceintures (en anglais : restraint) ; application d'un traitement pharmacologique sous la contrainte. Il est à préciser que les mesures de contention, qu'elles soient légères ou lourdes, ne doivent être appliquées que dans un but de soins ou de prévention ; en aucun cas elles ne doivent être appliquées comme moyen de punition d'un patient. La décision d'appliquer des mesures de contention relève de la responsabilité d'un médecin cadre.

Ce rapport présentera tout d'abord un survol de la littérature scientifique récente à propos des mesures de contention. Puis il décrira la pratique actuelle dans les institutions de la psychiatrie publique vaudoise, et proposera quelques pistes pour diminuer autant que faire se peut les aspects traumatisants de l'application de ces mesures.

2. LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Depuis une quarantaine d'années, les attitudes paternalistes à l'égard des patients ont été progressivement abandonnées, et les professionnels de la santé aussi bien que les législateurs, dans le monde occidental, ont accordé une grande importance aux questions d'autonomie et de dignité des patients psychiatriques [Bardet Blochet, 2009 ; Prinsen & van Delden, 2009], ainsi qu'à la question de leur capacité de discernement [Okai et al., 2007] ; parallèlement, la notion « d'empowerment » des patients a pris corps, se manifestant aussi bien par la création d'associations d'usagers ou de proches que par la mise sur pied de programmes de « psycho-éducation » dans lesquels patients et professionnels échangent des informations sur la maladie, sur les diverses formes de traitement, leurs bénéfices attendus et leurs risques. C'est dans ce contexte que, dans la plupart des pays occidentaux, des mesures ont été prises pour diminuer la fréquence et l'impact des mesures de contention « lourdes », sans pour autant trouver, pour l'instant, des mesures alternatives suffisantes pour pouvoir envisager l'éradication de la contention [Gaskin et al., 2007 ; Sailas & Wahlbeck, 2005].

La fréquence avec laquelle les mesures de contention sont utilisées varie énormément d'un pays à l'autre [Bowers et al., 2007], et d'un hôpital à l'autre (signalons que ces recensements visent l'isolement et l'attachement, mais pas la médication forcée, qui semble n'avoir jamais fait l'objet d'enquêtes épidémiologiques). Elles toucheraient entre 2 % et 66 % des admissions [Bardet Blochet, 2009 ; Prinsen & van Delden, 2009], et sont plus fréquentes chez les patients hommes, jeunes, souffrant de

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

schizophrénie, de manie, ou de troubles de la personnalité [Prinsen & van Delden, 2009], sans que l'ethnicité ne joue de rôle [Sailas & Wahlbeck, 2005]. Une comparaison a été effectuée récemment entre sept hôpitaux psychiatriques en Allemagne et sept hôpitaux en Suisse (tous situés dans le nord-est de notre pays) [Martin et al., 2007]. Il en ressort que les entraves mécaniques sont moins utilisées en Suisse qu'en Allemagne, mais que l'isolement en CSI y est plus fréquent ; pour un patient à qui des mesures de contention sont appliquées, elles le sont moins souvent, mais plus longuement, en Suisse qu'en Allemagne. Les différences de pratique entre divers hôpitaux s'expliquent bien entendu en partie par le type de patients (« case-mix ») qui y sont admis, mais semblent surtout dépendre des législations nationales, des sensibilités locales, des caractéristiques des divers membres de l'équipe soignante, et d'éléments architecturaux [Bowers et al., 2007 ; van Doeselaar et al., 2008 ; Sailas & Wahlbeck, 2005].

Les indications à l'application de mesures de contention ne dépendent pas de considérations nosologiques ou syndromiques, autrement dit d'entités morbides spécifiques, mais de caractéristiques comportementales ou de certains symptômes [Bardet Blochet, 2009 ; Sailas & Wahlbeck, 2005] : violence ou menaces de violence à l'égard du patient lui-même ou de l'entourage (autres patients, personnel soignant) ; prévention de dommages importants à l'environnement physique ; prévention de la rupture brutale d'un traitement jugé nécessaire ; agitation ; désorientation. La violence et l'agitation peuvent être l'expression du refus d'un patient de se voir admis dans un hôpital psychiatrique. Elles peuvent aussi résulter de la surcharge d'informations sensorielles, chez certains patients schizophrènes, ou en phase maniaque, ou sous l'effet d'une substance psycho-active ; il est en effet connu que les patients schizophrènes et maniaques ont des déficits dans leur façon de « filtrer » et d'organiser leurs perceptions [Hill et al., 2008 ; Maier et al., 2006 ; Thaker, 2008 ; Tissot, 2009] ; cette surstimulation sensorielle peut exacerber les symptômes psychotiques, rendant impossible une approche relationnelle avec ces patients ; dans ces cas, un séjour en CSI, où les stimulations sensorielles sont basses, permet de rétablir un contact interpersonnel (cf. aussi infra le chapitre consacré spécifiquement à « l'hypostimulation »). Les patients évoquent assez rapidement un sentiment d'apaisement et de sécurité [Palazzolo, 2004]. Les auteurs d'un travail récent sur les actes de violence commis à l'hôpital de Marsens (Fribourg) suggèrent que ces actes sont d'autant plus fréquents que les mouvements de patients (entrées et sorties) sont nombreux dans une division [Salamin et al., in press]. Les contre-indications médicales aux mesures de contention sont, de façon générale, le risque suicidaire, et certaines affections somatiques [Bardet Blochet, 2009].

Cela dit, force est de reconnaître qu'il n'existe aucune étude satisfaisant aux critères de l'Evidence Based Medicine qui démontrerait l'efficacité des mesures de contention,

ou leur supériorité par rapport à d'autres interventions thérapeutiques [Sailas & Fenton, 2000] ; les auteurs de cette revue n'en concluent pas pour autant au rejet de ces mesures, mais plaident pour que, malgré les difficultés de l'entreprise, des études contrôlées soient effectuées. Le sentiment d'efficacité des mesures de contention repose donc essentiellement sur l'expérience clinique de ceux qui les appliquent ; il y a cependant de grandes différences à l'intérieur du personnel soignant (plus les soignants sont confrontés directement dans leur pratique quotidienne à la contention, plus ils la jugent efficace) [van Doeselaar et al., 2008] et les patients ne partagent pas la vision positive des infirmiers [Meehan et al., 2004] ; relevons que, malgré cela, moins d'un patient sur quatre souhaite la suppression des mesures de contention [Meehan et al., 2004].

L'efficacité des mesures de contention n'étant pas prouvée, et vu que celles-ci attentent à la liberté, à la dignité et à l'autonomie des patients, il est légitime de se demander si ces mesures sont éthiquement justifiables. Prinsen et van Delden [2009] montrent que les mesures de contention peuvent aussi, parfois, servir à maintenir ou à restaurer l'autonomie et la dignité des patients, et qu'elles ne sauraient donc être bannies sans autre forme de procès ; mais ils plaident aussi vigoureusement pour la mise sur pied d'essais cliniques contrôlés, afin de pouvoir juger de leur efficacité, d'autant plus que les mesures alternatives n'ont pas non plus prouvé leur efficacité [Muralidharan & Fenton, 2006].

Diverses stratégies peuvent être mises en œuvre pour réduire l'usage des mesures de contention [Gaskin et al., 2007 ; McCue et al., 2004] : modifications des contraintes légales, examen systématique des pratiques, établissement de plans de traitement, monitoring des mesures de contention appliquées, mise sur pied d'une équipe spécialisée dans les situations de crise, partenariat avec les patients, formation de groupes thérapeutiques autour du stress et de la colère, modifications de l'environnement. Deux mesures méritent ici une discussion : l'augmentation du ratio personnel/patient, et l'usage de médication. L'augmentation du personnel infirmier, et particulièrement des infirmiers hommes, est une des mesures les plus fréquemment citées, aussi bien par les soignants que par les patients ou leurs proches [van Doeselaar et al., 2008] ; Bowers et al. [2007] suggèrent cependant que les infirmiers ne pensent pas qu'une telle augmentation permettrait de *supprimer* les mesures de contention (alors que les patients sont plus optimistes), et une réduction de l'usage de ces mesures a pu être obtenue sans augmentation du personnel [McCue et al., 2004]. L'administration d'une médication psychotrope contre le gré du patient est aussi une alternative ; elle soulève cependant également des problèmes éthiques importants [Académie suisse des sciences médicales, 2005 ; Prinsen & van Delden, 2009], et des problèmes médicaux (aggravation d'un trouble de la conscience ; interactions avec d'autres substances psycho-actives ; masquage d'indications diagnostiques). Une

étude semble montrer que l'usage d'antipsychotiques retarde l'application de mesures de contention [Stolker et al., 2005]. A vrai dire, l'application d'un traitement pharmacologique contre le gré d'un patient soulève des questions juridiques et éthiques similaires à celles qui entourent les mesures de contention [Académie suisse des sciences médicales, 2005], sans que son efficacité ait pu être montrée comme étant supérieure [Muralidharan & Fenton, 2006].

3. LA PRATIQUE DANS LES HOPITAUX DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE VAUDOISE

Relevons en préambule que nous traitons, dans ce rapport, de la prescription d'une médication psychotrope contre le gré des patients comme étant de la « contention chimique », puisque cette prescription est généralement assimilée aux mesures de contention dans la littérature scientifique ; cependant, depuis de nombreuses années, la pratique dans les hôpitaux vaudois (et dans la plupart des hôpitaux suisses) est de ne prescrire des psychotropes qu'aux doses nécessaires à la réduction de la symptomatologie (anxiété, délire, hallucinations, agitation majeure), et jamais à des doses pouvant provoquer une diminution de l'état de conscience des patients ; dans la pratique, nous considérons donc cette prescription non pas comme une mesure de contention, mais comme l'application d'un traitement nécessaire chez des patients dont la capacité de discernement est altérée.

a) *La pratique en psychiatrie de l'adulte*

L'application des mesures de contention se fait en respectant les articles relatifs à la contrainte de la LSP (art. 23d et 23e, introduits en 2002), ainsi que les directives médico-éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) sur les « Mesures de contrainte en médecine » du 24 mai 2005. Celles-ci précisent ce qui suit :

« Les troubles psychiques graves peuvent conduire à une perte de contrôle et à des comportements faisant courir un danger aigu à la personne concernée ou à des tiers. C'est uniquement dans des cas de ce genre que des mesures de contrainte peuvent être mises en œuvre. Les perturbations graves de la vie en communauté doivent être prises en compte. Dans tous les cas, il doit y avoir mise en danger de soi ; celle-ci peut également se manifester si la personne concernée, en nuisant gravement à autrui, se porte aussi préjudice à elle-même. »

« Dans le cadre d'une privation de liberté à des fins d'assistance, d'autres mesures ne découlant pas purement de cette nécessité d'assistance, comme l'isolement, la contention et la médication forcée, peuvent être nécessaires dans certaines circonstances. Parmi les motifs de mise à l'isolement figurent la perte momentanée du contrôle de soi avec agitation violente manifeste, la menace de violence à prendre au

sérieux ou la mise en danger d'autrui, ainsi que la perturbation grave de la vie en communauté. Les motifs de contention peuvent être par exemple des tentatives graves d'automutilation, respectivement un danger aigu d'automutilation. Une médication forcée peut se révéler indispensable lors d'états aigus d'excitation avec mise en danger du patient lui-même ou d'autrui, ou pour éviter un isolement ou une contention répétés ou prolongés. En principe, l'isolement et la contention ne devraient pas durer plus de quelques heures. Dans des situations d'urgences psychiatriques, il faut tout d'abord essayer, selon un plan progressif, d'autres possibilités de désescalade, pour autant qu'il n'y ait pas de danger imminent. En milieu hospitalier, il s'agit en particulier de la désescalade verbale («talking down»), de la fixation verbale de limites, de l'isolement dans la propre chambre, de la stimulation au mouvement ou de la présentation d'autres solutions possibles. Il faut aussi examiner l'opportunité d'une prise en charge individuelle sur une période prolongée avec accompagnement constant, dans la mesure où la sécurité de la personne effectuant cette prise en charge peut être garantie. »

Des mesures de contrainte (mise en chambre de soins intensifs et/ou médication forcée ; les attachements par sangles sont tout à fait exceptionnels dans ce canton) peuvent être appliquées dans les situations cliniques suivantes :

- Agitation due à une imprégnation aiguë par des substances psycho-actives (alcool, drogues) ; dans ces cas, les patients peuvent se montrer agressifs à l'égard du personnel soignant ou des autres patients. Les mesures de contrainte sont appliquées le temps que l'agitation liée à l'imprégnation se dissipe.
- Risques majeurs d'auto-mutilation chez certains patients atteints de graves troubles de la personnalité ; la mesure de contrainte vise à empêcher le patient d'accéder aux moyens qui lui permettraient de s'auto-mutiler ; elle est appliquée en urgence, le temps que l'établissement d'une relation interpersonnelle fructueuse avec les soignants permette d'abaisser notablement ces risques.
- Graves décompensations chez des patients maniaques ou schizophrènes ; divers symptômes, dans ces circonstances, peuvent rendre nécessaire l'usage de mesures de contrainte :
 - o Des éléments délirants, notamment à teinte persécutoire, qui s'exacerbent en raison de la cohabitation avec des « inconnus » (membres de l'équipe soignante ou autres patients) vécus comme des dangers potentiels ; la mesure de contrainte permet au patient d'être préservé de cette cohabitation menaçante, et évite les risques d'agression défensive sur les « persécuteurs » ;
 - o Des éléments de désinhibition, qui poussent le patient à solliciter de manière insistante et inadéquate le personnel ou les autres patients,

perturbant ainsi gravement la vie de la division et les soins, et exposant le patient à des gestes agressifs de la part des autres patients ;

- o Des éléments de surcharge sensorielle ; les schizophrènes et les maniaques gèrent mal les afflux sensoriels dès qu'ils sont complexes ; ces difficultés, présentes même chez des schizophrènes compensés, s'exacerbent dans les phases aiguës, et génèrent souvent un état de panique chez le patient. Il est donc souvent nécessaire de réguler temporairement les flux d'informations sensorielles auxquels sont soumis les patients, et le placement en CSI est une des mesures qui permet cette régulation ; il faut cependant être attentif à ne pas restreindre trop ce flux, puisqu'on sait que les états de déprivation sensorielle sont, eux, générateurs de symptômes psychotiques.
- Risques de fugue, si l'on a de fortes raisons de suspecter que le patient, durant sa fugue, se mettrait sérieusement en danger lui-même ou représenterait un danger grave pour autrui.

Les mesures de contrainte ne sont en aucun cas appliquées à titre de « punition rétrospective » pour des comportements dangereux. Elles sont, en règle générale, contre-indiquées en cas de risque suicidaire. L'indication à des mesures de contrainte doit être pesée très soigneusement si le patient souffre de certaines affections somatiques.

Ces indications sont aussi valables pour les patients de plus de 65 ans qui souffrent de troubles psychiatriques similaires à ceux que l'on trouve chez les adultes. Le paragraphe suivant traite des indications *spécifiques* aux pathologies de l'âge avancé.

b) Le cas particulier de la psychiatrie de l'âge avancé

Les mesures de contention employées plus spécifiquement chez la personne âgée souffrant de problèmes psychiatriques et/ou somatiques méritent un développement particulier ; il faut relever que les considérations ci-dessous, élaborées par un groupe de soignants en psychiatrie, peuvent aussi toucher les soins prodigués aux personnes âgées en milieu *somatique*, mais que notre groupe de travail n'a pas pris contact avec des soignants de ce domaine.

Les situations cliniques pouvant requérir l'usage de mesures de contention en psychiatrie de l'âge avancé sont :

- L'état confusionnel avec agitation
- Les troubles du comportement chez les patients souffrant de maladie d'Alzheimer
- Les risques de chutes

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

La mise en place de mesures de contention respecte les principes généraux décrits dans divers textes, suisses ou étrangers. Parmi ceux-ci :

- Les directives médico-éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) sur les « Mesures de contrainte en médecine » du 24 mai 2005 ;
- Les directives médico-éthiques de l'ASSM sur le « Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance » de 2004 ;
- Les Directives de l'ANAES (Agence Nationale [française] d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) sur « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée », 2000 ;
- Les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (française) sur « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs », mai 2009 ;
- Les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé sur « Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation », mai 2009 ;
- La Conférence de consensus de l'ANAES et de la Fédération Hospitalière de France sur « Liberté d'aller et de venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité », novembre 2004.

Elle respecte aussi la Directive institutionnelle du CHUV sur les « Mesures de contrainte à l'égard du patient » et le référentiel propre au SUPAA sur « Les soins intensifs en psychiatrie hospitalière au SUPAA ».

Les directives médico-éthiques de l' ASSM sur le « Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance » [2004] précisent ce qui suit :

« Sauf disposition légale contraire, une mesure limitative de liberté ne peut être prise qu'aux conditions suivantes:

- a) par son comportement, la personne âgée compromet gravement sa sécurité, sa santé, ou celle de tiers ou perturbe gravement la paix et le bien-être de ceux-ci ;*
- b) le comportement particulier n'est pas dû à des causes auxquelles il est possible de remédier (douleurs, effets secondaires de médicaments ou tensions interindividuelles, p.ex.) ;*
- c) d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou ne peuvent pas être appliquées.*

Avant d'être proposée à la personne âgée ou, en cas d'incapacité de discernement, à son représentant thérapeutique ou à son représentant légal, une mesure limitative de liberté doit avoir fait l'objet d'une discussion entre le médecin, l'équipe soignante et les thérapeutes.

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

La personne âgée ou, en cas d'incapacité de discernement, son représentant thérapeutique ou son représentant légal, doit être informée, de manière claire et appropriée, du but, de la nature et de la durée de la mesure limitative de liberté ; le nom de la personne responsable doit également lui être communiqué.

Une mesure limitative de liberté ne peut être prise qu'avec l'assentiment de la personne âgée concernée ou, si elle est incapable de discernement, avec le consentement de son représentant thérapeutique, resp. de son représentant légal.

Si une personne incapable de discernement n'a ni représentant thérapeutique ni représentant légal, ou lorsque l'urgence ne permet pas de les contacter, le médecin, les soignants et, le cas échéant, les thérapeutes concernés prennent la décision de manière interdisciplinaire, en incluant les proches dans le processus décisionnel.

Ils agissent conformément aux intérêts objectifs et à la volonté présumée de la personne concernée en respectant les conditions susmentionnées. Les décisions immédiates prises par une seule personne doivent être réévaluées ensuite selon ce même processus. »

La mise en place d'une mesure de contention respecte obligatoirement les points suivants :

1. Une contention ne peut être mise en place qu'après recherche systématique d'alternatives ;
2. Il s'agit d'une prescription médicale obligatoire, en temps réel, après avoir apprécié le danger pour la personne et les tiers, et documentée dans le dossier médical ;
3. Un protocole de contention est rempli et se retrouve au dossier infirmier ;
4. Une surveillance est programmée, mise en œuvre et retranscrite dans le dossier de soins infirmiers ;
5. Une information est donnée à la personne et à ses proches ;
6. La préservation de l'intimité et de la dignité est vérifiée ;
7. Des mesures compensatoires sont mises en place ;
8. La mesure de contention est réévaluée aussi souvent que nécessaire avec nouvelle recherche d'alternatives ;
9. Si elle est prolongée, elle nécessite une nouvelle prescription médicale.

Situations cliniques spécifiques en psychiatrie de l'âge avancé :

A. L'état confusionnel avec agitation (NB : peut aussi survenir en psychiatrie de l'adulte)

L'état confusionnel aigu est une perturbation de la conscience accompagnée de modifications cognitives qui ne peut pas s'expliquer par une démence préexistante ou en évolution. Cette perturbation s'installe sur une période courte, habituellement quelques heures ou quelques jours, et peut avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.

La perturbation de la conscience se manifeste par une baisse de l'état de conscience de l'environnement. La capacité à focaliser, soutenir ou mobiliser l'attention est altérée. Le sujet est facilement distrait par des stimuli extérieurs. Il peut être difficile voire impossible d'engager une conversation avec lui en raison de ces perturbations. On observe également des modifications du fonctionnement cognitif ou l'apparition de perturbations des perceptions. L'orientation dans le temps et dans l'espace, la mémoire et le langage peuvent être altérés. Les anomalies des perceptions peuvent comprendre des interprétations erronées, des illusions ou des hallucinations. Il existe fréquemment dans l'état confusionnel une perturbation du cycle veille-sommeil. Celle-ci peut consister en une somnolence diurne ou une agitation nocturne et des difficultés d'endormissement, en une somnolence excessive durant la journée ou un état d'éveil pendant la nuit. De nombreux patients sont ainsi agités ou hyperactifs. Cette hyperactivité motrice peut comporter des gestes de tâtonnement ou de grattage des draps, des tentatives dangereuses ou intempestives pour sortir du lit, des mouvements brusques.

Les troubles du jugement peuvent entraver l'observance du traitement. Le patient peut présenter des perturbations émotionnelles telles qu'anxiété, peur, dépression, irritabilité, colère, euphorie et apathie. Des changements rapides et imprévisibles d'un état émotionnel à un autre peuvent s'observer. La peur accompagne souvent des hallucinations menaçantes ou des idées délirantes fugaces. Si elle est intense le sujet peut s'attaquer aux personnes qu'il perçoit comme menaçantes. Les patients peuvent se blesser en tombant de leur lit ou en essayant de s'échapper alors qu'ils sont sous perfusion, sous intubation, qu'ils ont des cathéters urinaires ou autres appareillages médicaux. La perturbation émotionnelle peut aussi se manifester par des appels, des cris, des jurons, des marmonnements, etc.

En cas d'agitation, l'approche relationnelle du traitement doit permettre de prévenir l'escalade vers la violence et le passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif. Elle est constante tout au long de la prise en charge du patient. Cette prise en charge relationnelle est une obligation médicale puisqu'elle désamorce dans un nombre important de cas l'agressivité, mais aussi médico-légale puisque l'utilisation d'une contention mécanique ou chimique ne peut se justifier qu'après l'échec de la prise en charge relationnelle. Les mesures de contention s'adressent au patient dangereux

pour lui-même ou son entourage le temps d'obtenir une sédation médicamenteuse efficace.

En ce qui concerne la contention mécanique, il est recommandé que cette mesure reste exceptionnelle, qu'elle se limite aux situations d'urgence médicale après avoir tenté toutes les solutions alternatives et pour permettre les investigations et les traitements nécessaires tant que le patient est dangereux pour lui-même ou pour autrui. Cette mesure doit être reconsidérée au bout de quelques heures. Si la contention mécanique est indispensable, elle est mise en œuvre selon un protocole précis comprenant la prescription médicale obligatoire et la mention dans le dossier médical et dans le dossier infirmier. Une surveillance est programmée, mise en œuvre et retranscrite dans le dossier de soins. Elle est réévaluée au moins toutes les 3 heures avec nouvelle prescription en cas de renouvellement et nouvelle recherche d'alternative.

B. Les troubles du comportement perturbateurs dans le cadre de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées

Au cours de la maladie d'Alzheimer ou de la plupart des maladies qui sont apparentées à celle-ci il peut se rencontrer des comportements, des attitudes ou des expressions dérangeantes, perturbatrices ou dangereuses pour la personne ou pour autrui. Ces comportements sont fréquents.

Ils consistent en des attitudes d'opposition comme le refus d'accepter les soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité. Une agitation peut être présente avec une agressivité physique ou verbale menaçante ou dangereuse pour l'entourage ou pour le patient. Le comportement peut être inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales : remarques grossières, attitude sexuelle incongrue, comportement impudique ou envahissant. Des cris peuvent être présents, compréhensibles ou incompréhensibles. Il en va de même d'idées délirantes et d'hallucinations avec des troubles du sommeil.

Lorsque ces troubles se rencontrent, il est nécessaire de réaliser une évaluation structurée et personnalisée. Cette évaluation comprend le degré d'urgence, de dangerosité ou de risque fonctionnel à court terme pour le patient ou pour autrui. Il est nécessaire de faire le point sur les capacités sensorielles et cognitives, d'identifier les facteurs prédisposants de fragilité, d'environnement, de mode de vie et de rechercher les facteurs déclenchants de décompensation.

Les mesures de contention mécanique doivent rester exceptionnelles et relever exclusivement d'une prescription médicale. La contention mécanique n'est envisageable qu'en cas d'échec des autres mesures environnementales, relationnelles

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

et pharmacologiques et lorsqu'un danger élevé existe à très court terme et dans l'attente des autres mesures. Elle doit être alors réalisée par des équipes maîtrisant parfaitement les conditions de sa mise en œuvre, sa surveillance, en obéissant à un protocole précis.

C. Les chutes

Les discussions autour des contentions pour prévenir des chutes montrent qu'il s'agit d'un sujet controversé. Ces contentions ont été enseignées et employées dans les établissements de soins depuis longtemps ; toutefois, ces dernières années, les études internationales montrent que la contention ne réduit pas les risques de chute et mettent en évidence les risques associés à l'usage des contentions. La recherche des alternatives doit être entreprise.

Les risques consistent en

- risque de chute grave
- risque d'infections nosocomiales
- risque d'escarres
- risque de confusion ou d'agitation
- risque lié à l'immobilisation (contractures, fausses routes, incontinence, déconditionnement musculaire, perte de la force)
- perte d'autonomie
- risque de strangulation

Les alternatives consistent en

- des modifications matérielles (architecture, modification de l'environnement, aide matérielle à la marche, chambre adaptée) ;
- une approche occupationnelle (activités, animation, promenades) ;
- une approche médico-infirmière (gestion des problèmes physiques, gestion de la douleur, approche du sommeil) ;
- une approche socio-psychologique (écoute, modification des stimuli, définition de points de repères).

De nombreux auteurs ont identifié les risques liés aux barrières de lit pour limiter les chutes. Ils précisent que le risque de blessure grave suite à une chute du lit est plus élevé en cas d'utilisation de barrières de lit comme moyen de contention qu'en l'absence de barrières de lit. La présence de barrières de lit augmente également la propension du sujet âgé à rester alité et donc le risque de chute quand le sujet essaie de quitter son lit. Bien que rarement repéré comme un moyen de contention et compte tenu des conséquences graves qu'elle peut entraîner, l'utilisation des barrières de lit

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

renvoie aux mêmes impératifs et précautions d'usage que tout autre moyen de contention.

L'effort pour diminuer l'usage des contentions par barrières de lit reste un sujet de préoccupation constant.

En conclusion, en psychiatrie de l'âge avancé, il n'y a que deux situations cliniques spécifiques qui justifient la mise en place de mesures de contention : l'état confusionnel aigu et les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Dans tous les cas, en raison des troubles somatiques liés à l'âge avancé, la personne âgée doit être détachée aussi souvent que possible afin de maintenir son état fonctionnel.

c) *Le cas particulier des adolescents*

La notion de contention chez les adolescents est un sujet polémique qui s'est surtout focalisé sur les domaines éducatif et pénal sans concerner directement le domaine des soins, qui paraît encore relativement autonome en la matière. L'utilisation de chambres de soins intensifs en pédopsychiatrie est une question débattue depuis de nombreuses années, avec une disparité marquée en fonction des cultures et des pays. Les pays anglo-saxons l'utilisent plus facilement, à une fréquence largement supérieure à ce qui se pratique dans les pays latins [Palazzolo, 2002].

Différentes mesures de contention peuvent être utilisées. La *contention physique* est exercée par un ou plusieurs adultes qui maintiennent l'adolescent immobile au moyen de leurs mains. La *contention mécanique* est réalisée à l'aide de dispositifs d'immobilisation (attaches, ceinture, camisole...), la *contention chimique* consiste en l'administration de médicaments sédatifs contre la volonté du patient. La mise en *chambre de soins intensifs* est également une mesure de contention qui consiste à isoler le patient dans une chambre fermée dont il ne peut sortir seul.

Il n'existe pas d'évidences basées sur des études rigoureuses qui permettent de répondre directement à la question de l'utilité et de l'efficacité de la chambre de soins intensifs en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent [Day, 2002; Delaney, 2006]. La revue de la littérature des cinq dernières années retrouve essentiellement des études visant à diminuer le recours aux mesures de contrainte par des programmes de soins alternatifs [Boxer, 2007 ; Dean et al., 2007 ; Larson et al., 2008 ; Martin et al., 2008 ; Witte, 2008]. La tendance est manifestement à l'abandon des mesures de contrainte, notamment des contentions physique et mécanique, chez les mineurs hospitalisés, au profit de programmes spécifiques de gestion de la violence dans les unités (gestion de la colère, résolution de problème, time out, relaxation, affirmation de soi, management

comportemental avec renforcement des comportements adaptés et extinction des comportements impulsifs, implication des parents, etc.).

En l'absence d'arguments scientifiques étayés confirmant ou infirmant les effets thérapeutiques de la mise en chambre de soins, cette question renvoie à des exigences asséculo-logiques, à un questionnement éthique et à des traditions historiques. La réponse ne saurait être que conjoncturelle, fonction des attentes des équipes soignantes, du climat politique, des moyens à disposition, de la fréquence des situations nécessitant une contention et de l'efficacité des alternatives. La mise en place de différentes mesures alternatives à l'utilisation de la chambre de soins (impliquant la formation des soignants à un programme de gestion des comportements violents chez l'adolescent) devrait constituer une étape préalable.

Situation actuelle en milieu hospitalier psychiatrique ou pédiatrique pour adolescents

L'UHPA au CHUV ne dispose pas de CSI. Lors de son extension de 7 à 10 lits et son déménagement à l'hôpital Nestlé en 2004, la création d'une CSI n'avait pas été retenue, cependant l'éventualité d'aménager une des chambres en CSI avait été architecturalement considérée par la création d'un sas de sécurité pour une des chambres à un lit de l'UHPA. Toutefois l'aménagement intérieur de la chambre n'était pas compatible avec la création d'une CSI. L'occupation permanente des 10 lits de l'UHPA (hormis durant les mois de juillet et d'août) rend nécessaire l'hospitalisation en psychiatrie adulte d'une cinquantaine d'adolescents par an ; il est donc difficilement envisageable de réduire la capacité d'accueil de l'UHPA en transformant une des chambres en CSI (la création d'une 11^{ème} chambre n'étant pas possible architecturalement dans l'espace dévolu à l'unité).

La création des unités d'hospitalisation pédopsychiatrique en pédiatrie (UHPP) fin 2007 à Aigle et à Yverdon a entraîné une diminution relative des hospitalisations en psychiatrie adulte mais sans incidence sur le taux d'occupation des lits de l'UHPA. Ces unités n'ont pas de CSI, **les patients difficiles à gérer en milieu pédiatrique sont adressés à l'UHPA ou en psychiatrie adulte en l'absence de places à l'UHPA ou en cas de besoins (exceptionnels) d'une CSI.**

Prise en charge actuelle des patients fortement décompensés et agissants.

En plus des soins habituels et du traitement médicamenteux adapté aux pathologies sous-jacentes, différents moyens sont appliqués pour la prise en charge de patients agissants mettant en danger eux-mêmes ou autrui :

- Programme peu stimulant avec peu ou pas d'activités en groupe ;

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

- Repas en chambre ;
- Accompagnement individuel soutenu ;
- Sorties accompagnées ou suppression des sorties, l'UHPA ne disposant pas d'un espace extérieur protégé ;
- Programme journalier régulier mis en place avec l'implication du patient ;
- Recours à du personnel supplémentaire de jour et/ou de nuit ;
- Recours au personnel de sécurité ponctuellement ou en continu jusqu'à une durée d'une demi-journée (mesures pouvant aller jusqu'à la contention « physique ») ;
- Utilisation de traitements médicamenteux sédatifs.

Lorsque ces mesures sont insuffisantes, un transfert en CSI peut être sollicité auprès des services de psychiatrie adulte du canton. Le patient est alors pris en charge en CSI selon le protocole adulte en vigueur, avec une supervision d'un chef de clinique du SUPEA si l'hospitalisation a lieu à Cery. La possibilité de placement pour quelques jours à Valmont existe par l'intermédiaire du SPJ ou du Tribunal des Mineurs. Cette alternative peut être sollicitée si les réactions du patient sont plutôt de l'ordre des troubles du comportement dans un contexte de discernement relativement préservé, et si son état clinique le permet.

En moyenne, deux ou trois situations par an nécessitent un transfert en CSI en psychiatrie adulte. L'utilisation éventuelle de telles CSI *avant* une hospitalisation à l'UHPA n'est pas documentée.

Les recommandations de pratique en matière de chambre de soins pour les mineurs

L'académie américaine de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a publié des recommandations de pratique pour la prévention et le traitement des comportements agressifs chez l'enfant et l'adolescent et plus particulièrement à propos de l'utilisation de la chambre de soins intensifs et de la contention [AACAP Official Action, 2002]. A noter que la contention physique, mécanique ou chimique (restraint) est traitée en règle générale sur le même plan que la mise en chambre de soins intensifs (seclusion). Leurs indications respectives ne sont pas différenciées ; il est toutefois reconnu que la chambre de soins intensifs comporte moins de risque de décès que la contention. Une vingtaine de décès annuels survenus lors de mesures de contention étaient recensés au début des années 2000 aux USA. Leur utilisation ne se conçoit que lorsque les interventions alternatives moins restrictives ont échoué.

Les indications :

- Diminuer les stimulations qui désorganisent l'enfant ou l'adolescent pour prévenir des comportements violents mettant en danger soi-même ou autrui ;

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
 Polyclinique du Département de psychiatrie
 Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
 Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

- Prévention de la désorganisation ou de la rupture du programme de soins incluant les dommages sérieux à la propriété ;
- Comme mesure promouvant le « self control » (auto-contrôle) de l'enfant ou lorsque les options moins restrictives ont échoué ou sont impossibles à mettre en place.

Lorsque les efforts de désamorçage de la crise ont échoué ou ne sont pas appropriés, la contention devient l'alternative possible à travers la mise en chambre de soins intensifs, la contention physique, mécanique ou chimique. La mise en chambre de soins intensifs doit être considérée comme l'option préalable car elle est plus sûre médicalement que la contention et qu'elle préserve un plus grand degré d'autonomie du patient. Il y a cependant des situations qui requièrent une contention additionnelle (auto-mutilations). Les enfants ont a priori moins de risque de s'auto-mutiler dans un programme utilisant la mise en chambre de soins intensifs. Ce n'est pas le cas pour les adolescents qui ont plus de force et plus de chances d'avoir des comportements agressifs en lien avec des abus de substance ou une psychose. La contention physique est préférée chez les enfants, alors que la mécanique est plus indiquée chez l'adolescent.

Les contre-indications :

- L'utilisation de la chambre de soins ou de la contention comme punition ;
- Son utilisation pour les besoins du programme de soins (de l'équipe soignante) ;
- Son utilisation par une équipe non formée ;
- Lorsque son utilisation peut compromettre l'état de santé physique d'un patient ;
- Pour des enfants ou des adolescents qui ont été victimes de mauvais traitements à type d'enfermement.

Les conditions d'utilisation doivent être réglementées.

Conclusion

Le recours à la CSI pour les mineurs constitue une mesure exceptionnelle qui est utilisée en moyenne deux à trois fois par an dans le Canton de Vaud. Par contre d'autres mesures de contention sont régulièrement utilisées, la première étant la contention physique par les soignants et le personnel de sécurité. La contention chimique est parfois utilisée lorsque la contention physique s'avère insuffisante. La contention mécanique n'est pas utilisée dans les unités hospitalières pédopsychiatriques. Il ne semble pas nécessaire, actuellement, de disposer de CSI spécifiques dans les unités de pédopsychiatrie.

d) *Les handicapés mentaux hospitalisés en psychiatrie*

Le présent document traite du problème de la contention lors d'une hospitalisation en psychiatrie générale.

Qu'en est-il lorsque des patients souffrant d'un handicap mental doivent être hospitalisés en psychiatrie générale en raison de troubles du comportement incompatibles avec la réglementation en vigueur dans les établissements socio-éducatifs (ESE) ?

Les situations de contention dans les ESE sont réglées par la LAIH. Une instance de régulation et de contrôle a été prévue dans ce cadre, il s'agit du Comité de révision (COREV) qui doit statuer sur les situations de contention prolongées.

Dès lors, il y a un problème à résoudre : quelles sont les bases légales pour surveiller les mesures de contention d'un patient handicapé mental lors d'une hospitalisation en psychiatrie générale ? S'agit-il d'une situation LSP ou LAIH ?

Le groupe de travail préavise pour la simplicité d'application et propose que tous les patients, y compris les handicapés mentaux, soient régis par la LSP lors d'hospitalisations en psychiatrie générale. Mais peut-être y aura-t-il alors lieu de réviser la LSP à cet égard.

e) *Protocoles et directives sur la contention en vigueur au DP-CHUV et à la Fondation de Nant*

En psychiatrie de l'adulte, les deux moyens de contention les plus fréquemment utilisés sont la « contention chimique » (prescription, avec administration parfois forcée, de médicaments antipsychotiques et/ou sédatifs) et le placement en chambre de soins intensifs. On l'a vu, ces moyens sont aussi utilisés pour des adolescents admis en psychiatrie de l'adulte (à Cery, sous la supervision d'un chef de clinique du SUPEA). La contention mécanique est très exceptionnelle ; elle est documentée à travers un protocole spécifique, et toute mesure de contention mécanique doit être immédiatement signalée à la Commission (interne au DP) de révision des pratiques cliniques, présidée par le Prof. J. Gasser. Il n'existe pas de protocole spécifique pour la contention chimique (qu'encre une fois, nous ne considérons pas réellement comme une mesure de contention) ; une médication contre le gré du patient est toujours prescrite sous la supervision d'un médecin cadre ; elle respecte les principes généraux de la pharmacothérapie ; elle ne peut être administrée qu'en cas de symptomatologie aiguë, et si le patient est incapable de discernement.

Les mises en CSI sont régies, dans les divers secteurs du DP, par des protocoles très semblables, qui tous respectent les conditions (qui prescrit, pour quelles indications, quelles mesures d'information, quelle surveillance, etc.) décrites dans les divers paragraphes ci-dessus ; dans le cadre de l'opération Triptyque, qui vise à harmoniser les pratiques entre les trois secteurs formant le Département de psychiatrie, un groupe

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

de travail s'est attelé à la question des chambres de soins intensifs ; ce groupe de travail a pratiquement terminé ses travaux, qui doivent cependant être encore validés par la direction du DP. Sitôt cette étape franchie, les documents suivants seront utilisés dans le DP :

- un protocole de prise en charge en chambre de soins intensifs qui sera utilisé par les équipes des 3 secteurs du DP et qui accompagnera un patient durant son séjour en chambre de soins intensifs ;
- une directive donnant des indications sur la manière de remplir le protocole ainsi que des précisions sur l'organisation des soins et des principes de gestion institutionnelle d'une chambre de soins intensifs ;
- une feuille de suivi médico-infirmier des visites dans la chambre de soins intensifs qui constitue également un document médico-légal ;
- une check-list « Evaluation des chambres de soins intensifs » qui permettra d'évaluer la conformité (en termes d'ameublement, d'architecture, de sécurité, etc.) d'une chambre de soins intensifs ;
- une plaquette à destination des patients et de leurs proches présentant les éléments importants d'une prise en charge en chambre de soins intensifs.

La Fondation de Nant utilise un protocole qui, dans ses grandes lignes, est proche de celui qui va être utilisé dans l'ensemble du DP-CHUV. Elle distribue également une brochure d'accueil qui mentionne les mesures de contention, et est en train de préparer une brochure d'information spécifique sur les mesures de contention à l'intention des patients et de leurs proches.

f) Données chiffrées

Nous donnons ci-dessous quelques chiffres sur l'usage des mesures de contention dans les divers secteurs de la psychiatrie publique vaudoise. Nous n'avons aucune donnée chiffrée sur la fréquence de la contention dite chimique.

Contention mécanique (sangles, ceinture, etc.) :

Depuis le 1^{er} janvier 2007, jusqu'à ce jour : aucun cas au Secteur Psychiatrique Ouest, ni au Secteur Psychiatrique Nord, ni à la Fondation de Nant. Deux cas au Secteur Psychiatrique Centre, dont l'un à la demande du patient.

Chambres de soins intensifs :

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

Le Département de Psychiatrie dispose de 24 chambres de soins intensifs : 12 au Service de psychiatrie générale (adulte) et 4 au Service de psychiatrie de l'âge avancé du Secteur Centre, 4 au Secteur Ouest (adulte), et 4 au Secteur Nord (adulte). Ces chambres sont intégrées à raison de 1 ou 2 chambres par unité.

Comme mentionné précédemment, l'UHPA ne dispose pas de chambre de soins intensifs. Les patients nécessitant une telle mesure sont orientés vers une unité du Service de psychiatrie générale, ou dans un autre secteur. En 2008, deux mineurs ont été ainsi hospitalisés en CSI à Cery ; en 2009, jusqu'à ce jour, deux à Cery et un à Prangins.

La Fondation de Nant ne dispose pas de chambres de soins intensifs mais chaque chambre individuelle, en cas de besoin, peut être sécurisée et aménagée selon une procédure interne si la situation clinique l'exige. Cette mesure a été appliquée à 13 patients (2,3 % du total des patients) durant l'année 2008, pour une durée cumulée de 210 jours.

En 2008, pour l'ensemble du DP (SPC, SPN et SPO):

- les séjours en chambres de soins intensifs ont concerné 505 patients, pour 6'135 journées ;
- ils concernaient 17,2 % des cas traités au SPC, 13,8 % des cas traités au SPN et 18,4% des cas traités au SPO ;
- la durée moyenne de séjour en chambre de soins intensifs est de 9,5 jours pour la psychiatrie adulte ;
- 73% des patients ayant séjourné en chambre de soins intensifs avaient été admis d'office, 21% étaient en admission volontaire et 5,5 % en Plafa.

Les patients placés en CSI présentent majoritairement des troubles du comportement et/ou des états d'agitation liés à des troubles mentaux organiques, à l'utilisation de substances psychoactives, à une schizophrénie ou à des troubles de l'humeur.

Le tableau qui suit présente les principales données relatives au recours aux CSI (ou chambres fermées à Nant) dans les quatre secteurs psychiatriques du Canton de Vaud.

*Répartition du recours aux chambres de soins intensifs par unités hospitalières en
2008 dans les quatre secteurs*

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

Secteur/Service	SUPAA	PGE	SPN	SPO	SPE
N cas traités	346	1797	1001	1037	575
Dont N cas CSI	23	368	132	189	13
% de cas CSI	6,6 %	19,1 %	13,8 %	18,4 %	2,3 %
Taux d'occupation des CSI	54,9 %	76,8 %	64,2 %	70,6 %	-
Temps cumulé d'occupation (en jours)	801	3365	938	1031	210
Temps moyen d'occupation par séjour	34,9	9,14	7,1	5,4	16,2

SPC : secteur psychiatrique Centre

SUPAA : service de psychiatrie de l'âge avancé

PGE : service de psychiatrie générale (adultes)

SPN : secteur psychiatrique Nord – adultes

SPO : secteur psychiatrique Ouest – adultes

SPE : secteur psychiatrique Est

Avertissement : les chiffres présentés ci-dessus doivent être considérés avec prudence, surtout si on cherche à établir des comparaisons. L'utilisation des CSI dépend en effet aussi d'éléments « lourds » dans l'organisation des services, tels que l'architecture des lieux ou la dotation en personnel soignant. Il dépend aussi du taux général d'occupation des lits. Pour le SPC, des problèmes de comptabilisation diminuent en outre la pertinence de ces chiffres :

- au PGE, l'hôpital (adulte) est en état chronique de suroccupation depuis de nombreux mois (taux d'occupation de 99,1 % en 2007, de 101,1 % en 2008) ; les patients surnuméraires sont placés en CSI même si leur état clinique ne le justifie pas, car ce sont les seuls lits disponibles ; la base de données Adissa ne permet cependant pas de faire la distinction entre une CSI occupée pour des motifs médicaux ou en raison de la suroccupation ; le nombre et la proportion de « cas CSI » est ainsi artificiellement augmenté, comme le taux d'occupation et le nombre de jours cumulés ;
- le SUPAA dispose majoritairement de chambres à 4 lits ; certains patients peuvent être placés en CSI temporairement pour ne pas déranger leurs voisins (p.ex. s'ils ont besoin de soins somatiques durant la nuit), ou pour bénéficier d'une certaine tranquillité quand des soins palliatifs doivent leur être apportés, ou encore lorsqu'ils souffrent de certaines affections contagieuses à risque ; là aussi, Adissa ne différencie pas ce type d'utilisation des CSI, d'où des chiffres artificiellement élevés.

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

4. LE MYTHE DE L'HYPOSTIMULATION

L'hypostimulation n'a, en soi, aucune valeur thérapeutique (ni d'ailleurs l'hyperstimulation) ; ce terme est malheureusement utilisé parfois, à tort, pour désigner des mesures thérapeutiques qui visent à *réguler* le flux des informations sensorielles – ce qui, dans la majorité des cas il est vrai, consiste à diminuer temporairement ce flux.

En psychiatrie générale de l'adulte, la nécessité de cette régulation repose sur des évidences scientifiques qui se sont accumulées depuis environ deux décennies : dans plusieurs pathologies psychiatriques, les patients souffrent d'un déficit dans leur façon d'organiser le flux des informations sensorielles qui leur parviennent.

Normalement, nous organisons et hiérarchisons automatiquement nos perceptions (auditives, visuelles, etc.), et nous sommes notamment capables d'atténuer celles qui ne sont pas pertinentes pour les actions dans lesquelles nous sommes engagés (p.ex., nous atténuons automatiquement l'impact du bruit de la circulation automobile si nous sommes engagés dans une conversation en rue). Cette capacité (en anglais : « sensory gating ») est perturbée chez de nombreux patients, qui peuvent être alors envahis par un afflux sensoriel non pertinent, qui les déborde. De très nombreuses études cliniques, neuropsychologiques et neurophysiologiques (notamment des techniques d'électroencéphalographie) attestent de ces difficultés chez les schizophrènes, où elles sont considérées comme des déficits « de trait », c.à.d. présents également en dehors des périodes de décompensation aiguë, et retrouvés chez nombre de personnes apparentées à un schizophrène, même si elles ne souffrent pas elles-mêmes de cette maladie [Butler et al., 2008 ; Hirano et al., 2009 ; Javitt, 2009] ; les études sont moins nombreuses chez des patients souffrant de troubles bipolaires, mais l'existence de troubles de la perception, et notamment du filtrage, est bien établie dans cette pathologie également [Doyle et al., 2009 ; Hill et al., 2008 ; Maier et al., 2006 ; Thaker, 2008]. Ces déficits semblent aussi présents chez certains consommateurs de drogues, notamment de cocaïne, ou d'alcool [Adler et al., 2001 ; Boutros et al., 2002 ; Boutros et al., 2006 ; Marco et al., 2005]. Une étude mentionne de tels déficits chez des victimes de traumatismes majeurs ou de viols [Skinner et al., 1999]. Et quelques études relèvent ces difficultés chez les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer [Fournet et al., 2007 ; Jessen et al., 2001 ; Thomas et al., 2008].

Les résultats des études sur des patients souffrant d'autisme sont moins clairs : certaines études [Kemner et al., 2002 ; Magnée et al., 2009] ne trouvent pas de déficit du « sensory gating » ni chez des enfants, ni chez des adultes ; une étude [Orekhova et al., 2008] trouve un déficit chez des enfants autistes qui souffrent également de retard mental, mais pas chez ceux qui en sont indemnes ; une autre étude enfin [Perry et al., 2007] trouve un déficit chez des autistes adultes. Il n'y a dans la littérature

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

aucune étude traitant des troubles du « sensory gating » dans la déficience mentale en général – ce qui n'est guère surprenant, la déficience mentale pouvant résulter de nombreuses pathologies différentes. Il faut relever que l'autisme (et peut-être d'autres formes de déficience mentale) peut conduire à des sentiments de surcharge sensorielle même en l'absence de déficit du filtrage, parce que la reconnaissance de certaines informations sensorielles (p.ex., l'expression émotionnelle d'un visage) utilise des mécanismes différents, moins « efficaces », et mobilise ainsi plus de capacités attentionnelles [Hall et al., 2003]. La déficience intellectuelle rend évidemment, de façon générale, le sujet plus vulnérable à la surcharge de stimuli, cette déficience entravant sa capacité à les comprendre et à les organiser.

La surcharge sensorielle est génératrice de stress et d'anxiété et peut, chez des sujets à risque de développer des symptômes psychotiques ou violents, exacerber ce risque – avec les conséquences comportementales qui peuvent en découler, tels que des comportements « d'agression défensive ».

L'admission dans un hôpital psychiatrique est, pour quiconque, un facteur de stress majeur, voire un traumatisme. Ce stress est considérablement augmenté chez les patients souffrant d'un déficit du « sensory gating », car ils se retrouvent brusquement dans un environnement qui leur est étranger, aussi bien dans son architecture que dans sa composition sociale ; les stimuli perceptifs y sont multiples, inhabituels et variés, et peuvent provoquer chez le patient un sentiment de perte de maîtrise, et de risque d'être agressé.

Il n'existe actuellement aucun traitement médicamenteux qui puisse remédier à ce déficit du filtrage des informations sensorielles¹.

Cela dit, indépendamment de tout déficit dans les capacités de filtrage, l'homme tend à réguler son niveau de stimulation sensorielle en visant une optimisation de ses performances (p.ex., si on doit se concentrer sur une lecture compliquée, on cherchera à se mettre à l'abri d'autres stimuli, sonores notamment). Cette régulation doit être souple, et s'adapter constamment au cours du temps. Dans ce sens, si elles se prolongent, aussi bien l'hyperstimulation que l'hypostimulation sont néfastes (cf. à propos des risques de l'hypostimulation prolongée les travaux bien connus de Spitz [1945 ; 1946] sur les bébés placés dans des institutions gravement hypostimulantes, victimes de retards majeurs du développement ; et plus récemment, les travaux qui montrent que la déprivation sensorielle, même de relativement brève durée, provoque des symptômes psychotiques [Mason et al., 2009] ; la prolongation induit d'un état

¹ La nicotine semble augmenter cette capacité de filtrage [p.ex., Adler et al., 2001], mais n'est pas utilisée à cette fin, pour des raisons évidentes (c'est une des raisons invoquées pour expliquer le fort taux de tabagisme chez les schizophrènes) ; récemment, l'équipe de Kim Do Cuénod au CNP du DP-CHUV a eu des résultats intéressants en utilisant la *N*-Acétyl-Cystéine chez des schizophrènes [Lavoie et al., 2008], mais ces résultats doivent encore être affinés.

d'hypostimulation abaisse probablement le seuil de sensibilité aux stimuli, rendant ainsi la personne encore plus vulnérable).

Dans la pratique, il est donc parfois nécessaire de diminuer temporairement le flux d'informations sensorielles auquel un patient est soumis à l'hôpital – et le moyen que nous utilisons à cette fin est la mise en chambre de soins intensifs (CSI), ou la fermeture de la chambre individuelle. Il faut cependant, lorsqu'un patient est ainsi placé en CSI, veiller à ce que cette diminution des stimulations sensorielles soit périodiquement entrecoupée par des moments de stimulation « normale », sous une certaine forme de protection (visites infirmières et médicales, sorties accompagnées en division, etc.). La nécessité de maintenir une telle diminution doit être réévaluée fréquemment (au minimum chaque jour) ; c'est le sens des algorithmes décisionnels et des protocoles de contention décrits dans ce rapport. C'est en général durant les premiers jours d'une hospitalisation que de telles mesures doivent être prises, mais il est parfois nécessaire de les mettre en œuvre en cours de séjour, si pour une raison ou une autre (divers événements stressants qui peuvent survenir ; prises de certaines drogues) la vulnérabilité du sujet est momentanément plus accentuée. Dans les institutions de soins au long cours, une diminution temporaire de l'afflux sensoriel peut être aussi parfois nécessaire, en cas de surcharge émotionnelle temporaire du patient, qui dépasse ses capacités à y faire face ; mais là aussi bien entendu, il ne doit s'agir que de mesures strictement limitées dans le temps, et dont la nécessité doit être fréquemment réévaluée.

5. LES DIRECTIVES GENEVOISES

A titre de comparaison, nous donnons ici un résumé des mesures prises dans le Canton de Genève pour encadrer l'application des mesures de contention. On relèvera que ce canton a institué depuis de nombreuses années une « Commission de surveillance » qui a des pouvoirs dans le domaine de la psychiatrie qui sont, dans le Canton de Vaud, attribués à diverses instances (Justice de Paix pour les recours contre les hospitalisations d'office ; Conseil de santé et ses médecins délégués pour l'examen des patients ; Commission des plaintes des patients ; Commission de révision des pratiques cliniques, interne au DP, pour les mesures de contention mécanique).

Les mesures de contention mécanique et le programme de soins en chambre fermée lors d'hospitalisations dans le Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires Genevois sont réglementés par deux procédures distinctes se basant sur des textes de référence, notamment la Constitution fédérale garantissant la liberté personnelle, la loi genevoise sur la santé K 1 03, le règlement concernant la constitution et le

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

fonctionnement de la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (K 3 03.01) et finalement les directives médico-éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales « Mesures de contrainte en médecine ».

On peut relever, en ce qui concerne le programme de soins en chambre fermée, que la décision de prescription de ce programme est prise « si le comportement du patient impose de prendre rapidement des mesures pour assurer sa sécurité, celle des autres patients ou celle du personnel et si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas ».

Les indications mentionnées dans le texte sont les suivantes : prévention de risque élevé, immédiat, de mise en danger de soi (notamment fugue) et d'autrui, alors que les autres moyens thérapeutiques pour aider le patient à reprendre le contrôle ne se montrent pas encore efficaces. Parmi les contre-indications mentionnées, on note le risque suicidaire et le risque d'automutilation ainsi que les diagnostics ou pronostics suffisamment incertains sur le plan somatique.

La prescription de la chambre fermée est établie pour une période maximale de 24 heures, renouvelable, et fait l'objet d'une évaluation et d'un protocole.

Par 24 heures, il y a au minimum une visite médicale. Le médecin prescrit les mesures de contrôle des signes vitaux (pouls, tension, température, état de conscience, etc.) et leur fréquence. Sur le plan infirmier, il y a au moins un entretien infirmier par 24 heures et la surveillance est réalisée par un passage infirmier 2x/heure au minimum.

Le patient, ainsi que ses proches, sont informés sur les raisons, les buts et les modalités de la mise en chambre fermée. Enfin, la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients doit être informée de toute introduction de mesures de contrainte ; le protocole est faxé à la Commission par le médecin chef de clinique.

En ce qui concerne les mesures de contention mécanique, les indications mentionnées sont « la prévention de risque élevé, immédiat de mise en danger de soi et encore plus exceptionnellement lors de risque élevé, immédiat de mise en danger d'autrui ».

Les types de contention mécanique mentionnés dans le document sont les barrières au lit, les attaches au poignet, la ceinture et les autres.

Sur le plan médical, le patient bénéficie d'une visite médicale par jour, selon l'état clinique du patient et sur le plan infirmier, le patient bénéficie d'une intervention 2x/heure pour les ceintures et les attaches et des surveillances habituelles durant la nuit pour les barrières au lit.

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

Le patient ainsi que ses proches doivent être informés sur les raisons, les buts, les modalités et la durée de la contention mécanique ainsi que sur la possibilité de s'adresser à la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients pour demander l'interdiction ou la levée des mesures de contrainte.

La Commission de surveillance est régie par une loi. Elle est chargée de veiller :

- Au respect des prescriptions légales régissant les professions de la santé et les institutions de santé.
- A la protection des personnes atteintes de troubles psychiques et de déficience mentale ; elle doit dans tous les cas veiller au respect du droit des patients.

La Commission de surveillance est constituée d'un président ayant une formation juridique adéquate et de vingt-cinq membres titulaires. Dans le cadre de son mandat, elle exerce d'office ou sur requête les démarches suivantes :

- a) Elle instruit, en vue d'un préavis ou d'une décision, les cas de violation des dispositions de la loi sur la santé ou de la loi sur la privation de liberté à des fins d'assistance concernant les professionnels de la santé et les institutions de santé, ainsi que les cas de violation des droits des patients.
- b) Elle fonctionne comme organe de recours contre les décisions du médecin cantonal et du pharmacien cantonal.
- c) Elle peut faire examiner toute personne lui étant signalée comme atteinte de troubles psychiques ou de déficience mentale par sa famille, ses proches, un médecin, les autorités ou toute autre personne.
- d) Elle statue d'office ou sur recours sur les décisions d'admission non-volontaire de personnes présentant des troubles psychiques ou une déficience mentale.
- e) Elle statue d'office lors des sorties refusées par le médecin responsable de service.
- f) Elle statue sur les demandes d'interdiction ou de levée des mesures de contrainte.

La Commission constitue en son sein un bureau de trois membres chargés de l'examen préalable des plaintes et s'organise en sous-commissions.

En ce qui concerne la psychiatrie, l'instruction du dossier est confiée à une délégation composée de trois membres de la Commission de surveillance, dont un psychiatre et un membre d'organisation se vouant statutairement à la défense des droits des patients pour examiner toute personne lui étant signalée comme atteinte de troubles psychiques ou de déficience mentale par sa famille ou ses proches ou pour statuer sur les demandes d'interdiction ou de levée des mesures de contrainte. En ce qui concerne les recours sur les décisions d'admission non-volontaire de personnes présentant des troubles psychiques ou une déficience mentale, ou sur les sorties

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

refusées par le médecin responsable du service, l'instruction du dossier et la décision sont confiées à quatre membres de la Commission de surveillance dont deux psychiatres et un membre d'organisation se vouant statutairement à la défense des droits des patients.

6. DES PISTES POUR AMELIORER LA SITUATION

Les hôpitaux de la psychiatrie publique vaudoise ont pris, ces 10-15 dernières années, de nombreuses mesures pour limiter l'effet possiblement délétère des mesures de contention, et préserver autant que faire se peut l'autonomie et la dignité des patients : suppression de la plupart des divisions fermées ; suppression quasi totale de l'usage de la contention mécanique ; établissement de protocoles contraignants pour le placement d'un patient en CSI ; formation du personnel soignant à la gestion des situations de violence ; groupes de parole avec les patients dans les divisions ; établissement avec le patient, dans la mesure du possible, d'un accord de soins avant la mise en CSI ; « débriefing » systématique au sortir de celle-ci ; encouragement à la rédaction par les patients de directives anticipées ; engagement d'agents de sécurité ; dialogue avec les associations de patients et de proches.

En l'état actuel des connaissances en psychiatrie, et des moyens en personnel qui sont dévolus aux soins hospitaliers, il nous apparaît qu'il est impossible de bannir de notre panoplie thérapeutique les moyens de contention ; la littérature internationale va dans le même sens. Des mesures peuvent cependant être prises pour diminuer encore la fréquence de leur application, et améliorer la condition des patients auxquels ces moyens sont appliqués :

- augmenter la proportion de soignants formés à la gestion des situations de violence ;
- poursuivre l'encouragement à la rédaction de directives anticipées ;
- obtenir, dans certaines situations, des moyens financiers supplémentaires qui permettent, pour une durée limitée, d'engager un soignant pour l'accompagnement personnalisé d'un patient ; plus que l'augmentation générale du ratio soignants/patients, c'est la possibilité d'offrir un accompagnement personnalisé qui permettrait de diminuer la fréquence de la mise en CSI ;
- dans la mesure du possible, remplacer les CSI telles qu'elles sont conçues actuellement (prises au sein des divisions) par des *espaces de soins intensifs*, qui regroupent 2 à 3 chambres individuelles et un espace commun (petit salon, jardin sécurisé, salle de bains p.ex.) ; de tels espaces sont prévus dans le projet architectural en cours de rénovation du site de Cery. Il faut cependant relever que si le coût de construction de tels espaces n'est pas très élevé, leur coût de fonctionnement est important (présence 24h/24 d'au moins un infirmier, pour 2 à 3 patients) ;

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

- un organe externe aux hôpitaux psychiatriques pourrait être constitué pour la surveillance de l'application des mesures de contention ; nous suggérons p.ex. que des délégués du Conseil de santé soient habilités à connaître de toutes ces situations, et à se prononcer sur leur légitimité.

7. CONCLUSIONS

Les mesures de contention en psychiatrie sont au carrefour de préoccupations thérapeutiques, sécuritaires, légales et éthiques ; les contraintes propres à chacune de ces préoccupations entrent parfois en désaccord l'une avec l'autre. Il en résulte que le domaine des mesures de contention en psychiatrie est un champ mouvant, qui doit impérativement rester ouvert à des regards critiques, émanant de points de vue différents. Le présent rapport émane de cadres parmi les professionnels des soins en psychiatrie ; il représente l'un des points de vue, et peut servir de base pour une discussion élargie – que nous souhaitons.



Prof. P. Bovet
Médecin chef

Bibliographie

AACAP Official Action. Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002; 41: 4S-25S.

Académie suisse des sciences médicales. Mesures de contrainte en médecine. Directives médico-éthiques de l'ASSM. Bâle, 2005.

Adler LE, Olincy A, Cawthra E, Hoffer M, Nagamoto HT, Amass L, Freedman R. Reversal of diminished inhibitory sensory gating in cocaine addicts by a nicotinic cholinergic mechanism. *Neuropsychopharmacology* 2001; 24: 671-679.

Bardet Blochet A. Les chambres fermées en psychiatrie : poursuivre le débat pour dépasser les conflits. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie* 2009 ; 160 : 4-11.

Boutros NN, Gelernter J, Gooding DC, Cubells J, Young A, Krystal JH, Kosten T. Sensory gating and psychosis vulnerability in cocaine-dependent individuals: Preliminary data. *Biological Psychiatry* 2002; 51: 683-686.

Boutros NN, Gooding D, Sundaresan K, Burroughs S, Johanson CE. Cocaine-dependence and cocaine-induced paranoia and mid-latency auditory evoked responses and sensory gating. *Psychiatry Research* 2006; 145: 147-154.

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

Bowers L, van der Werf B, Vokkolainen A, Muir-Cochrane E, Allan T, Alexander J. International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients : A comparative questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2007 ; 44: 357-364.

Boxer P. Aggression in very high-risk youth: Examining developmental risk in an inpatient psychiatric population. *American Journal of Orthopsychiatry* 2007; 77: 636-646.

Butler PD, Silverstein SM, Dakin SC. Visual perception and its impairment in schizophrenia. *Biological Psychiatry* 2008; 64: 40-47.

Day DM. Examining the therapeutic utility of restraints and seclusion with children and youth: The role of theory and research in practice. *American Journal of Orthopsychiatry* 2002; 72: 266-278.

Dean AJ, Duke SG, George M, Scott J. Behavioral management leads to reduction in aggression in a child and adolescent psychiatric inpatient unit. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007; 46: 711-720.

Delaney KR. Evidence base for practice: Reduction of restraint and seclusion use during child and adolescent psychiatric inpatient treatment. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2006; 3: 19-30.

Doeselaar van M, Slegers P, Hutschemaekers G. Professionals' attitudes toward reducing restraint: The case of seclusion in The Netherlands. *Psychiatric Quarterly* 2008; 79: 97-109.

Doyle AE, Wozniak J, Wilens TE, Henin A, Seidman LJ, Petty C, Fried R, Gross M, Faraone SV, Biederman J. Neurocognitive impairment in unaffected siblings of youth with bipolar disorder. *Psychological Medicine* 2009; 39: 1253-1263.

Fournet N, Mosca C, Moreaud O. Déficits des processus inhibiteurs dans le vieillissement normal et la maladie d'Alzheimer. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du Vieillessement* 2007 ; 5 : 281-294.

Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *British Journal of Psychiatry* 2007; 191: 298-303.

Hall GBC, Szechtman H, Nahmias C. Enhanced salience and emotion recognition in autism: A PET study. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160: 1439-1441.

Harding TW. Human rights law in the field of mental health : A critical review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 101 : 24-30.

Hill SK, Harris MSH, Herbener ES, Pavuluri M, Sweeney JA. Neurocognitive allied phenotypes for schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Bulletin* 2008; 34: 743-759.

Hirano Y, Hirano S, Maekawa T, Obayashi C, Oribe N, Monji A, Kasai K, Kanba S, Onitsuka T. Auditory gating deficit to human voices in schizophrenia : A MEG study. *Schizophrenia Research* 2009 (accessible online).

Javitt DC. Sensory processing in schizophrenia: Neither simple nor intact. *Schizophrenia Bulletin* 2009; 35: 1059-1064.

Jessen F, Kucharski C, Fries T, Papassotiropoulos A, Hoenig K, Maier W, Heun R. Sensory gating deficit expressed by a disturbed suppression of the P-50 event-related

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

potential in patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158: 1319-1321.

Kemner C, Oranje B, Verbaten MN, van Engeland H. Normal P50 gating in children with autism. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002; 63: 214-217.

Larson TC, Sheitman BB, Kraus JE, Mayo J, Leidy L. Managing treatment resistant violent adolescents: A step forward by substituting seclusion for mechanical restraint? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2008; 35: 198-203.

Lavoie S, Murray MM, Deppen P, Knyazeva MG, Berk M, Boulat O, Bovet P, Bush AI, Conus P, Copolov D, Fornari E, Meuli R, Solida A, Vianin P, Cuénod M, Buclin T, Do KQ. Glutathione precursor, *N*-Acetyl-Cysteine, improves Mismatch Negativity in schizophrenia patients. *Neuropsychopharmacology* 2008; 33: 2187-2199.

Magnée MJCM, Oranje B, van Engeland H, Kahn RS, Kemner C. Cross-sensory gating in schizophrenia and autism spectrum disorder: EEG evidence for impaired brain connectivity? *Neuropsychologia* 2009; 47: 1728-1732.

Maier W, Zobel A, Wagner M. Schizophrenia and bipolar disorder: Differences and overlaps. *Current Opinion in Psychiatry* 2006; 19: 165-170.

Marco J, Fuentemilla L, Grau C. Auditory sensory gating deficit in abstinent chronic alcoholics. *Neuroscience Letters* 2005; 375: 174-177.

Martin A, Krieg H, Esposito F, Stubbe D, Cardona L. Reduction of restraint and seclusion through collaborative problem solving: A five-year prospective inpatient study. *Psychiatric Services* 2008; 59: 1406-1412.

Martin V, Bernhardsgrütter R, Goebel R, Steinert T. The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: A comparison of the practice in Germany and Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2007; 3: 1. Accessible en Openaccess : <http://www.cpementalhealth.com/content/3/1/1>

Mason OJ, Brady F. The psychotomimetic effects of short-term sensory deprivation. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2009; 197: 783-785.

McCue RE, Urcuyo L, Lilo Y, Tobias T, Chambers MJ. Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 2004; 31: 217-225.

Meehan T, Bergen H, Fjeldsoe K. Staff and patient perceptions of seclusion: Has anything changed? *Journal of Advanced Nursing* 2004; 47: 33-38.

Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; CD002084.

Okai D, Owen G, McGuire H, Singh S, Churchill R, Hotopf M. Mental capacity in psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry* 2007; 191: 291-297.

Orekhova EV, Stroganova TA, Prokofyev AO, Nygren G, Gillberg C, Elam M. Sensory gating in young children with autism: Relation to age, IQ, and EEG gamma oscillations. *Neuroscience Letters* 2008; 434: 218-223.

Palazzolo J. *Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie*. Paris, Masson, 2002.

PGE – Direction du Service de psychiatrie générale

Professeur Pierre Bovet, médecin chef
Policlinique du Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne
Tél. +4121 - 643 14 14 Fax : +4121 - 643 14 99

Palazzolo J. A propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage de patients. L'Encéphale 2004 ; XXX : 276-284.

Perry W, Minassian A, Lopez B, Maron L, Lincoln A. Sensorimotor gating deficits in adults with autism. Biological Psychiatry 2007; 61: 482-486.

Prinsen EJD, van Delden JJM. Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? Journal of Medical Ethics 2009; 35: 69-73.

Sailas E, Wahlbeck K. Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. Current Opinion in Psychiatry 2005; 18: 555-559.

Sailas EES, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000; CD001163.

Salamin V, Schuway-Hayoz A, Giacometti Bickel G. Epidémiologie des comportements agressifs en psychiatrie hospitalière : état des lieux dans le canton de Fribourg. Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie, in press.

Skinner RD, Rasko LM, Fitzgerald J, Karson CN, Matthew M, Williams DK, Garcia-Rill E. Reduced sensory gating of the P1 potential in rape victims and combat veterans with posttraumatic stress disorder. Depression and Anxiety 1999; 9: 122-130.

Spitz RA. Hospitalism: An inquiry into the psychiatric conditions in early childhood. The Psychoanalytical Study of the Child 1945; 1: 53-74.

Spitz RA. Anaclitic depression. The Psychoanalytical Study of the Child 1946; 2: 313-342.

Stolker JJ, Hugenholtz GWK, Heerdink ER, Nijman HLI, Leufkens HGM, Nolen WA. Seclusion and the use of antipsychotics in hospitalized psychiatric patients. Psychology, Crime & Law 2005; 11: 489-495.

Thaker GK. Neurophysiological endophenotypes across bipolar and schizophrenia psychosis. Schizophrenia Bulletin 2008; 34: 760-773.

Thomas C, vom Berg I, Rupp A, Seidl U, Schröder J, Roesch-Ely D, Kreisel SH, Mundt C, Weissbrod M. P50 gating deficit in Alzheimer dementia correlates to frontal neuropsychological function. Neurobiology of Aging 2008 (accessible online).

Tissot R. Lettre à l'éditeur. Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie 2009 ; 160 : 216.

Witte L. Reducing the use of seclusion and restraint. A Michigan provider reduced its use of seclusion and restraint by 93% in one year on its child and adolescent unit. Behavioral Healthcare 2008 ; 28 :54-57.